FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Année 1967 No 65

THESE

PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Marc THEVENET

né le 2 Mai 1938 à Héricourt

Etude clinique du syndrome de déchirure du feuillet postérieur du ligament large (syndrome d'Allen et Masters) A propos de 40 observations relevées à la Maternité de Strasbourg

---

Président: Mr P. MULLER, Professeur.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Année 1967 No 65

THESE

PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Marc THEVENET

né le 2 Mai 1938 à Héricourt

Etude clinique du syndrome de déchirure du feuillet postérieur du ligament large (syndrome d'Allen et Masters) A propos de 40 observations relevées à la Maternité de Strasbourg

---

Président: Mr P. MULLER, Professeur.

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

- FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG -

Doyen	MM.	CLAVERT JEAN
Doyens honoraires		CALLOT Jacques
		FONTAINE René
Assesseur		CALLOT Jacques

- PROFESSEURS TITULAIRES -

MM.

ARON Claude	Histologie
BASSET André	Clinique Dermatologique
BUCK Paul	Chirurgie Infantile
CALLOT Jacques	Parasitologie
CHAMBRON Jacques	Physique Biologique
CHAUMONT André	Médecine Légale et Sociale
CLAVERT Jean	Embryologie et Morphologie expérimentale
FONTAINE René	Clinique Chirurgicale A
GANDAR Robert	Clinique Gynécologique et Obstétricale 1
GREINER Georges	Clinique Oto-Rhino-Laryngologique
GROS Charles	Electro-Radiologie
JUNG Adolphe	Chaire de Pathologie et Clinique Séméiologique Chirurgicales
KAMMERER Théophile	Clinique Psychiatrique
KAYSER Charles	Physiologie
KLEIN Marc	Biologie Médicale
KORITKE Jean-Georges	Anatomie Normale
LE GAL Yvon	Anatomie Pathologique
MANDEL Paul	Chimie Biologique
METZ Bernard	Physiologie Appliquée
METZGER Henri	Thérapeutique
MINCK Raymond	Chaire de Bactériologie, Virologie et Immunologie Générale
MULLER Pierre	Clinique Gynécologique et Obstétricale 2
NORDMANN Jean	Clinique Ophtalmologique
OUDET Pierre	Pneumo-Phtisiologie
SACREZ Robert	Pédiatrie et Puériculture
SCHWARTZ Jean	Pharmacologie et Médecine expérimentale
STAHL Jules	Clinique Médicale B
STEPHAN Frédéric	Pathologie expérimentale

PROFESSEURS TITULAIRES suite

THIEBAUT François	Clinique Neurologique
VEDRINE Jean	Stomatologie
WAITZ Robert	Hématologie
WARTER Julien	Clinique Médicale A
WEISS Alfred	Clinique Chirurgicale B
N...	Hydrologie
N...	Hygiène

- PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL -

MM.

BRONNER Albert	Clinique Ophtalmologique
KARLI Pierre	Biologie Médicale
MARESCAUX Jean	Histologie
MARX Charles	Physiologie
MAYER Georges	Hématologie
ROHMER Francis	Clinique Neurologique
SEROR Joseph	Pathologie Chirurgicale
WINCKLER Georges	Anatomie

- PROFESSEURS SANS CHAIRE -

MM.

BATZENSCHLAGER André	Anatomie Pathologique
BOLLACK Claude	Clinique Chirurgicale A
BURGHARD Guy	Pneumo-Phtisiologie
DORNER Marc	Clinique Médicale B
KIRN André	Hygiène
LAVILLAUREIX Jean	Bactériologie
MANTZ Jean-Marie	Clinique Médicale A
MARCOUX François	Médecine Légale
WITZ Jean-Paul	Clinique Chirurgicale B

- MAITRES DE CONFERENCES AGREGES -

MM.

ADLOFF Michel	Clinique Chirurgicale B
APROSIO Norbert	Anatomie
ASCH Léopold	Clinique Médicale A
BLOCH Roger	Pharmacologie
BOCKEL René	Clinique Médicale B
BRINI Alfred	Clinique Ophtalmologique
CHAMBON Pierre	Chimie Biologique
EBTINGER René	Clinique Psychiatrique
FINCKER Louis	Clinique Médicale B
GAUTHIER-LAFAYE Pierre	Département d'Anesthésiologie
GRENIER Jacques	Clinique Chirurgicale B
HERAN Jacques	Pathologie expérimentale
ISCH François	Clinique Neurologique
ISRAEL Lucien	Clinique Psychiatrique
JAHN Henri	Clinique Médicale B
JUIF Jean	Pédiatrie et Puériculture
KEILING Roger	Electro-Radiologie
KELLER Bernard	Gynécologie et Obstétrique 2 (Maternité)
KEMPF François	Electro-Radiologie (Clinique Médicale A)
KEMPF Yvan	Pathologie Chirurgicale (Centre de Traumatologie)
KIENY René	Clinique Chirurgicale A
KREMER Michel	Parasitologie
LANG Gabriel	Hôpital orthopédique Stéphanie
LEVY Jean-Marc	Pédiatrie et Puériculture
MALEVILLE Jean	Clinique Dermatologique
MAURER Charles	Clinique Médicale B
Mme MAYER Simone	Hématologie
PHILIPPE Emile	Anatomie Pathologique
ROEGEL Emile	Pneumo-Phtisiologie
ROHMER Albert	Institut de Puériculture
SACREZ André	Clinique Médicale A
SCHAFF Georges	Physiologie
SCHNEEGANS Ernest	Pédiatrie et Puériculture
SCHVINGT Eugène	Clinique Chirurgicale B
SIBILLY Abel	Clinique Chirurgicale A
VERGNES René	Physique Biologique
VINCENDON Guy	Chimie Biologique
VOEGTLIN Raymond	Clinique Médicale A
WACKENHEIM Auguste	Electro-Radiologie (Clinique Neurologique)
WALTER Jean-Pierre	Electro-Radiologie
WARTER Pierre	Electro-Radiologie (Clinique ChirurgicaleA)
WEILL Jean-Pierre	Clinique Médicale A
WILLARD Daniel	Pédiatrie et Puériculture

- PROFESSEUR ASSOCIE -

M. PHILIPPIDES Demètre — Clinique Neurologique

A G R E G E S

MM.	CHAMPY Maxime	Stomatologie
	FRANK Robert	Stomatologie
	KLOTZ Gilbert	O.R.L.
	MEHL Jacques	Médecine Légale

AGREGES LIBRES

MM.	BEYER Paul	MM.	KUHLMANN Daniel
	FORSTER Emile		KUNTZMANN Jean
	HOLLENDER Louis		MULLER Jean-Nicolas

DIRECTEUR DE L'INSTITUT DENTAIRE

M. le Professeur VEDRINE Jean

CHARGES D'UN COURS D'ENSEIGNEMENT COMPLEMENTAIRE

MM. MOISE, SINGER, TISSIER.

SECRETAIRE PRINCIPAL DE LA FACULTE DE MEDECINE

M. Gilbert KIEHL

PROFESSEURS HONORAIRES

MM.	ARON Max	MM.	ROHMER Paul
	BURGER Paul		SCHMID Frédéric
	BENOIT Jacques		THIODET Jean
	ROEDERER Jean		VINTEMBERGER Pierre

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ni les approuver, ni les improuver.

- S E R M E N T D' H I P P O C R A T E -

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs, ni à favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

- - - - - - - - - -

A Monsieur le Professeur P.MULLER
Professeur de Clinique gynécologique et obstétricale
notre Président de Thèse.

Nous avons pu apprécier la clarté de son enseignement. La haute compétence et la grande expérience qui se dégageaient de ses cours ont beaucoup facilité notre travail d'étudiant, sa bienveillance nous a été un encouragement précieux au cours de l'élaboration de cette thèse.

A Monsieur le Professeur Agrégé B.KELLER

L'inlassable générosité avec laquelle il a bien voulu orienter notre travail, les multiples éclaircissements et les conseils précis qu'il nous a donnés nous ont été d'un apport irremplaçable.

A Monsieur le Professeur J.WARTER
notre Maître.

Nous lui témoignons notre reconnaissance pour la bienveillance avec laquelle il nous a accueilli dans sa clinique.

Son enseignement servi par une expérience incomparable des cas et des hommes a marqué profondément nos études et notre pensée.

Qu'il veuille trouver ici l'expression de notre respectueux attachement.

A Monsieur le Professeur Agrégé J.P.WEILL

Il a été notre maître et notre exemple depuis nos premières années de médecine. En tant qu'externe dans son service puis étudiant dans sa spécialité nous avons pu bénéficier quotidiennement de son enseignement; ses conseils, ses encouragements ou ses critiques sont restés nos seuls critères.

A Monsieur le Professeur Agrégé L.ASCH

Nous avons eu la chance de pouvoir travailler dans son service et d'apprécier ainsi outre une grande rigueur de raisonnement qui nous sera un exemple précieux, des qualités de coeur que nous n'oublierons pas.

Nous le remercions d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

- A mes parents

- A mes frères

- A ma femme.

I N T R O D U C T I O N

La déchirure du feuillet postérieur du ligament large et la rétroversion utérine avec col mobile ayant à leur origine un traumatisme obstétrical représentent les éléments du syndrome décrit en 1955 par MASTERS et ALLEN.

Depuis onze ans, les éléments de cette définition ont subi une extension certaine et cet enrichissement a porté en premier lieu sur les faits anatomiques, ceux-ci apparaissant plus divers et comprenant des lésions étendues à tout l'appareil de soutien de l'utérus.

De la même façon, la symptomatologie clinique reconnait aujourd'hui une complexité plus grande et des formes plus nombreuses, gardant comme point commun la mobilité singulière du col utérin. Ce signe d'appel évoque immanquablement le diagnostic que l'on peu confirmer par la coelioscopie , nouvel élément de diagnostic; celle -ci par la recherche attentive et souvent heureuse des lésions typiques du ligament large, rend à présent les découvertes fortuites de plus en plus rares.

Cependant, au sein de cet élargissement des connaissances concernant le syndrome de MASTERS et ALLEN, l'origine obstétricale des faits, si elle est statistiquement peu discutable, reste de compréhension difficile.

Mieux que toutes les définitions, l'évolution historique des conceptions dont cette affection a été l'objet montre à quel point elle s'est étendue et aussi bien le respect d'un certain nombre de caractères permettant d'en préserver l'individualité.

Aussi c'est par le biais de l'étude historique que nous aborderons l'exposé de cette contribution à l'étude du syndrome de déchirure du feuillet postérieur du ligament large, reposant sur une statistique de 40 cas observés de 1965 à 1966, dans les services de Monsieur le Professeur P. MULLER, Directeur de la Clinique Obstétricale. La plupart de ces cas nous ont été communiqués et expliqués par Monsieur le Professeur Agrégé B. KELLER, gynécologue accoucheur des Hôpitaux, qui a suivi avec une attention toute particulière les malades porteuses de telles déchirures du ligament large.

L'historique est suivi par un rappel sur l'anatomie du ligament large et la statique pelvienne.

Les notions d'anatomie des régions génitales étant exposées nous passons à l'examen du rôle du traumatisme obstétrical, tel qu'on le comprend généralement aujourd'hui, puis au développement des manifestations cliniques du syndrome, cette partie représentant la part proprement statistique de notre travail.

Au sein de l'enquête clinique nous avons groupé, outre l'exposé des signes fonctionnels, celui des signes d'examen et des investigations complémentaires parmi lesquelles la coelioscopie mérite une place à part.

Après une première partie théorique, une deuxième clinique, la troisième comprend la description de l'aspect opératoire, l'interprétation étiopathogénique des faits décrits et leur traitement.

En dernier lieu se trouvent les 40 observations des cas observés de 1965 à 1966 parmi les 3774 malades hospitalisées au cours de ces deux années.

H I S T O R I Q U E

La progression des idées concernant le syndrome de déchirure du ligament large s'est faite en deux périodes séparées par 1955, date de la publication des Américains MASTERS et ALLEN : "Traumatic laceration of utérine support".

La période antérieure à 1955, est faite des incertitudes étiopathogéniques planant sur un certain nombre de manifestations cliniques isolées alors que la période postérieure à 1955 voit la succession des approfondissements apportés à ces manifestations une fois groupées en syndrome.

C'est ainsi que bien avant 1955, certains éléments de ce syndrome avaient été reconnus et le traumatisme obstétrical, les rétroversions acquises, la congestion pelvienne, les névralgies orthostatiques et même la déchirure du feuillet postérieur du ligament large ont été les sujets de descriptions classiques.

Le traumatisme obstétrical

L'origine obstétricale des phénomènes cliniques rencontrés, semble avoir été connue dès 1906 par les Américains DUDLEY puis MERTZIER et FOTHERGILL, de même par PIDCOK qui en 1924, fait remarquer combien les tissus du ligament large se laissent facilement distendre par la grossesse, mais attribue la rupture du feuillet postérieur à la pression d'une anse grêle.

En 1929, COTTE insiste sur le rôle de la multiparité dans la genèse des troubles que groupe le vaste syndrome des algies pelviennes.

Le syndrome algique

Celui-ci a été décrit depuis fort longtemps. On le trouve déjà en 1831, exposé sous le terme "d'utérus irritable" de GOOCH, de "maladie aux vingt noms", de SCHOKAERT. Puis en 1858, ARAN décrit un groupe de symptomes douloureux d'origine ou d'interprétation mécanique comprenant des signes urinaires, digestifs et psychiques sans rapport avec le cycle menstruel.

En 1926, CONDAMIN écrit les généralités sur la Douglassite, relève la dyspareunie et les troubles psychiques de l'affection et signale l'extrême mobilité du col utérin. Un peu plus tard, en 1931, COTTE décrit les plexalgies hypogastriques et les rattache aux rétroversions acquises du post-partum en insistant sur le rôle des varices pelviennes.

Les connaissances anatomiques

En ce qui concerne le syndrome lésionnel sous jacent, un certain nombre d'éléments en sont déjà décrits.

Le varicocèle est signalé en 1858 déjà par DEVALZ puis par RICHET en 1860 dans son traité d'anatomie chirurgicale et enfin par BUDIN puis COE en 1883 et DUDLEY en 1888.

En 1921 KELSALL note sa fréquence et CASTANO lui attribue un rôle dans la dyspareunie alors qu'en 1922 ENGELMANN voit la rétroversion comme cause principale de ce varicocèle.

Outre le varicocèle, la fréquence des dystrophies ovariennes micropolykystiques est notée par bon nombre d'auteurs.

Il n'est pas moins intéressant de constater que même la déchirure du ligament large n'est pas méconnue bien qu'on lui prête le plus souvent une origine congénitale.

Ainsi, HOULNE en 1900 en fait le premier examen histologique, mais ne décrit guère ces déchirures qu'à la suite des accidents d'incarcération intestinale qu'elles ont pu occasionner ; toutefois, le problème des brèches congénitales reste aujourd'hui plein d'attrait puisqu'il constitue encore une base solide d'interprétation étiopathogénique des faits pour plusieurs auteurs modernes.

En 1925, HERMANN décrit cette déchirure du ligament large chez une vierge de dix-huit ans, puis en 1941, insiste sur l'aspect angiomateux de cette brèche alors que GOODE et NEWBORN, en 1944, la localisent dans le mésosalpinx, en raison de son manque relatif de vascularisation de même que MONDOR, en 1944, publie deux observations d'une telle déchirure.

En dernier lieu il faut mentionner la rétraction des ligaments utérosacrés décrite par CONDAMIN, rétraction à laquelle on prête de plus en plus d'importance aujourd'hui.

En 1955-1956, le point des idées n'est toujours pas fait. Les "névralgies orthostatiques" publiées par ROUX et la "névralgie pelvienne féminine essentielle" par FUNCK-BRENTANO, constituent des explications intéressantes qui malheureusement n'ont comme suites thérapeutiques que des tentatives telles que fixation utérine, énervation présacrée, ou résection de varicocèles qui sont peu satisfaisantes.

C'est alors que la reconnaissance de la lésion du feuillet postérieur du ligament large par MASTERS et ALLEN, son rôle dans la rétroversion utérine accompagnée d'une hyper mobilité du col ou "universal joint cervix" causée par un traumatisme obstétrical, permet un espoir d'identification de certaines anomalies statiques douloureuses au niveau du pelvis.

Les publications françaises concernant le syndrome de MASTERS et ALLEN

En juin 1959, VERNE présente une communication à l'académie de Chirurgie, intitulée "Syndrome de MASTERS et ALLEN. Entité anatomique et thérapeutique nouvelle sur fond clinique connu et décevant", où il pose le problème de l'extension du syndrome en insistant sur les formes frustes..

Le même mois, VARANGOT propose une statistique de 42 cas personnels réunis en 4 ans et ses conceptions sont retrouvées en 1960 dans la remarquable thèse de son élève LOFFREDO, ouvrage de base pour qui veut comprendre ce syndrome. Celui-ci insiste, en particulier, sur l'origine obstétricale majeure des troubles cliniques et insiste sur la distinction, entre la déchirure vraie décrite par MASTERS et ALLEN, et un second type de lésion où le feuillet postérieur apparaît comme "usé au coude", selon une expression à présent classique.

Le rôle de la primiparité lui paraît également net, et l'origine des douleurs est vue par lui comme un phénomène surtout mécanique rejoignant le cadre des algies orthostatiques et non pas comme MASTERS et ALLEN, expliquant ces douleurs par l'irritation du Douglas où s'accumule une sérosité souvent trouvée au cours d'intervention.

En 1961, P. BERTRAND et R. BLANCHARD observent et publient deux cas de déchirure du ligament large en même temps que paraît la thèse de MUCHIR à Montpellier.

En 1962, SERMENT apporte la description d'un autre type de lésions déjà remarqué par EMERY - RAMPAL et BRANDIS, LOITIER et VERNE, et qui sont comme de "véritables cicatrices au niveau du péritoine".

En 1963, JOYEUX et COLLIN présentent une étude extrêmement intéressante sur le rôle de la stase veineuse dans les troubles à la fois cliniques et endocriniens qu'ils décrivent, stase mise en évidence par la phlébographie utérine pré et post-opératoire, par ces auteurs.

En 1964, Cl. GAUTHIER-BENOIT et A. DUQUENNOY présentent des documents photographiques de ce syndrome et P. HOULNE en décrit les formes hémorragiques, comportant un hémopéritoine abondant.

En 1965, paraît l'importante publication de H. SERMENT, J. COMITI et PISSANCIEL sur "le syndrome de désinsertion utérine". Par cette dénomination, H. SERMENT insiste sur l'atteinte des ligaments utérosacrés, sur le fait que la grossesse et l'accouchement des malades ont été le plus souvent normaux et qu'ainsi on doit, à présent, soupçonner le rôle d'un facteur constitutionnel dans la genèse des lésions.

Enfin, en décembre 1965, un travail d'Y. ROCHET faisant état de 13 cas, fait remarquer que l'étiologie obstétricale du syndrome n'est pas obligatoire et que la symptomatologie classique est loin d'être toujours bien individualisée.

Sur le plan thérapeutique semblent se dessiner deux tendances. L'une pour la réparation des brèches et les ligamentopexies avec MERGER, MUCHIR, JOYEUX et COLLIN, ROCHET, l'autre avec JAMAIN et LETESSIER pour la Douglassectomie.

Actuellement, l'individualité du syndrome de MASTERS et ALLEN ne semble pas devoir être discutée et ceci pour plusieurs raisons, dont la première et peut-être la moins avouée, est qu'en regard des autres troubles de la statique pelvienne, ce syndrome offre le mérite de reconnaître une étiologie précise, un substratum anatomique facilement identifiable, permettant des solutions thérapeutiques logiques, souvent efficaces, voire élégantes.

En effet, si on compare ce problème à celui des autres rétroversions douloureuses, on peut remarquer avec J. BRET citant la thèse de SARFATI, que le vice de position seul ne représente pas une indication opératoire et que la recherche d'une lésion associée responsable est nécessaire. Cette recherche aboutit à la découverte de la déchirure causale et cette constatation opératoire, qu'il suffit de suturer le feuillet postérieur du ligament large pour voir le retour de l'utérus à sa position normale.

ANATOMIE DU LIGAMENT LARGE ET STATIQUE PELVIENNE

Le péritoine des faces et du fond de l'utérus s' étend à gauche et à droite de l'utérus en un repli transversal, reliant les bords latéraux de l'utérus à la paroi pelvienne en formant le ligament large.

Orientation

Chaque ligament large est orienté comme l'utérus et présente une face antéro-inférieure et regardant en avant et en bas, et une face postéro-supérieure regardant en arrière et en haut.

Configuration et rapports

La face antéro-inférieure est soulevée en un repli appelé aileron antérieur par le ligament rond allant de la face antérieure des cornes utérines au tissu cellulograisseux du mont de vénus en passant par le canal inguinal.

Cette face répond à la vessie. La face postéro supérieure, plus étendue et descendant plus bas que la face antérieure, voit son feuillet postérieur soulevé depuis l'angle latéral de l'utérus à l'extrémité inférieure de l'ovaire par le ligament utéroovarien en un repli appelé aileron postérieur du ligament large, repli comprenant également le mésovarien et l'ovaire.

Cette face est encore croisée en dessous de l'aileron postérieur par les ligaments utérosacrés et elle répond aux anses intestinales et au colon iliopelvien.

Les bords du ligament large

Le bord interne répond au bord latéral de l'utérus alors que le bord externe répond à la divergence des deux lames pour se replier sur la paroi pelvienne à deux centimètres environ en arrière du diamètre transversal du détroit supérieur.

Le bord supérieur est longé par la trompe et il est constitué par le mésosalpinx en formant l'aileron supérieur du ligament large, le bord inférieur représentant la base du ligament large.

Division du ligament large

Suivant une diagonale allant de la corne utérine à l'insertion pariétale du releveur, le ligament large se divise en zone des ailerons et paramètre ou base.

La zone des ailerons.

Cette zone est mince, supéro-externe, juxta pariétale, pelotonnée contre la paroi pelvienne latérale. Etalée, elle est triangulaire, son sommet répondant à l'angle latéral de l'utérus, sa base est formée par le ligament infundibuloovarien. Le bord supérieur contient la trompe alors que le bord inférieur se continue avec la base du ligament large.

La base ou paramètre

Ici, les deux feuillets du ligament large s'écartent l'un de l'autre et sont séparés par un espace s'élargissant de haut en bas, mesurant de 2 à 2,5 cm.

Orienté comme l'utérus, la base du ligament large contient l'entrecroisement des ligaments soutenant le col utérin, c'est à dire, les ligaments utérosacrés, les ligaments utérovésicopubiens et la tante de l'artère utérine.

En effet, il faut voir le ligament large comme constitué de deux feuillets, l'un péritonéal mince, l'autre sous jacent formé de quelques éléments cellulofibreux, appelé assez improprement fascia sous péritonéal ainsi que quelques fibres musculaires lisses émanées de la couche superficielle du muscle utérin. Or ces éléments se condensent en certaines régions en faisceaux, constituant les ligaments ronds en avant et pour la base : les ligaments vésicopubiens et utérosacrés ainsi que la tente de l'artère utérine, alors qu'au niveau du mésosalpinx ces éléments cellulofibreux sont très clairsemés.

Les ligaments utérosacrés

Ils constituent la moitié postérieure des lames sacrogénitovésicopubiennes. Sagittaux et triangulaires à sommet antérieur latéroutérin , ils naissent en dedans des trous sacrés depuis le sommet du sacrum jusqu'aux 1er et 2e trous sacrés.

Leur bord inférieur longe le plancher pelvien alors que leur bord supérieur sous péritonéal concave en haut, soulève le repli du Douglas.

Ces ligaments robustes contiennent des fibres propres conjonctives et élastiques et des fibres musculaires allant de l'utérus au rectum et contiennent des veines utérines postérieures et hémorroïdales ainsi que le plexus nerveux hypogastrique.

Les ligaments utérovésicopubiens sont faibles.

La tente de l'artère utérine

Condensation importante de la gaine hypogastrique ; elle est disposée transversalement et forme la base du ligament large.

Donc, soutenant la portion sus vaginale du col et d'une manière très efficace existe un double système croisé fait de la disposition sagittale des ligaments utérosacrés et du système transversal de la tente de l'artère utérine.

Contenu du ligament large

Rappelons brièvement le trajet le long du bord utérin de l'artère utérine accompagnée de 2 plexus veineux antérieurs et postérieurs se drainant en haut vers les veines utéroovariennes, en bas vers les veines utérines.

Anatomie neurologique du ligament large

Des filets sympathiques en trame occupent le petit bassin ainsi que le prouvent les retentissements spasmodiques réflexes des manipulations du cul de sac de Douglas en cours d'intervention.

Ces filets sont rassemblés en un certain nombre de ganglions parautérins (Lee FRANKHAUSER), aboutissant à la formation du plexus hypogastrique inférieur. Celui-ci ayant une racine postérieure étroite formant la racine du ganglion hypogastrique de LATARJET de chaque côté et une partie antérieure contribuant à soulever les replis utérosacrés.

En outre, les nerfs sacrés érecteurs d'ECKHARDT et des filets de la chaîne sympathique sacrée plus des branches du plexus hémorroïdal inférieur rejoignent ces formations.

Les deux plexus hypogastriques inférieurs rejoignent le plexus hypogastrique supérieur d'HOVELACQUE ou nerf présacré au niveau de L4-S1.

Statique pelvienne et rôle possible du traumatisme obstétrical

Deux principes s'opposent, concernant la statique pelvienne, la mobilité corporéale utérine nécessaire à l'expansion gravidique de l'utérus et la relative fixité du col et de l'isthme.

Le corps utérin

Le corps utérin en antéversion fait avec le vagin un angle variant de 90° à 120°, maintenu par les ligaments ronds auxquels on ne reconnaît qu'un rôle d'orientation et aucun rôle de fixation ou de suspension.

Le col et l'isthme utérin

Ceux-ci possèdent deux moyens de soutènement. Le premier est constitué par le périné . En effet le col utérin s'implante sur la face antérieure du vagin et se trouve enserré par les culs de sac vaginaux, échangeant de nombreuses fibres musculaires avec les releveurs.

Le deuxième moyen de soutènement est représenté par la croix ligamentaire formée par le système sagittal utérosacré et transversal du paramètre.

Si on ne réservait précédemment qu'un rôle d'orientation à ce dispositif ligamentaire, celui-ci ramenant l'utérus dans sa position normale lorsqu'il en est écarté par la pression des organes voisins, il semble bien que l'implantation cervico-vaginale se révèle insuffisante à l'effort et qu'un rôle très important soit devolu aux ligaments de la base du ligament large.

Les utérosacrés, jouant le rôle d'amarres postérieures du col, répondent aux forces verticales dirigées de haut en bas.

On peut remarquer que l'absence d'attache du col permet sa bascule en avant, ce qui est réalisé au maximum dans le syndrome de MASTERS et ALLEN. On peut noter également que dans l'hystérectomie, l'utérus ne vient bien qu'après section des utérosacrés, un autre fait d'observation étant l'extrême gracilité de ces ligaments au cours du syndrome de MASTERS et ALLEN.

Quant à la base du ligament large avec la part prééminente de la tente de l'artère utérine ou ligament de MACKENRODT, elle représente un moyen de fixation latéral du col et de l'isthme, s'opposant aux déplacements transversaux et probablement aux forces transversales expulsives de l'accouchement ; c'est cette base du ligament large qui est la plus directement menacée et le plus souvent atteinte lors des déchirures du ligament large où l'on retrouve le tissu fibreux sous péritonéal rétracté de part et d'autre de la brèche.

Concernant le rôle du feuillet postérieur et de la base de ce feuillet dans la statique pelvienne, on peut encore insister sur le fait que la simple suture de la brèche postérieure suffit à ramener l'utérus en antéversion.

Il apparaît donc que le feuillet péritonéal postérieur et le tissu sous séreux de la base du ligament large représentent en complément des utérosacrés, un moyen de maintien de l'utérus en antéversion.

Il paraît difficile d'attribuer un rôle prédominant à tel ou tel système ligamentaire, étant donné que leur rôle semble complémentaire, leur atteinte au cours du syndrome de MASTERS et ALLEN étant assez manifestement concomittante et qu'en plus les délabrements périnéaux ne sont pas rares, à telle enseigne que certains auteurs ont tenté des réfections ligamentaires en laissant la brêche, proprement dite, non suturée, avec de bons résultats, et que d'autres, au vu de signes cliniques évoquant le syndrome de MASTERS et ALLEN, mais sans lésion opératoirement décelable, ont également procédé au type de réparation utilisé dans ce syndrome, avec de bons résultats.

Le traumatisme obstétrical peut se décrire selon la conception schématique de B. KELLER en causes maternelles, causes foetales et causes fabriquées par l'accoucheur.

Les causes maternelles :

Essentiellement dynamiques, elles sont représentées par des accouchements de durée anormalement longue ou anormalement brève.

Trop longs, ils exagèrent les phénomènes décrits précédemment dans ce chapitre en soumettant les tissus à des efforts de traction trop prolongés.

S'ils sont trop brefs, on conçoit que les phénomènes d'adaptation ligamentaires n'aient pas le temps de se produire.

Les causes foetales :

Ces causes sont à mettre essentiellement sur le compte de gros foetus expulsés difficilement, de même que les présentations dystociques.

Causes fabriquées par l'accoucheur :

Les gestes obstétricaux intempestifs ou brutaux peuvent être également à l'origine de mêmes lésions, forceps mal appliqué avant dilatation incomplète et suivi de tractions trop violentes ou mal dirigées, perfusion d'ocytocique trop rapide, tamponnements utérins ou vaginaux employés dans le traitement de certaines hémorragies de la délivrance, curetages avec tractions trop importantes sur le col, sont autant de gestes pouvant être à l'origine des lésions du ligament large.

Il faut dire que ces causes sont les moins faciles à mettre en évidence , et on conçoit bien que tel ou tel accouchement, qualifié de normal, a pu comporter l'un ou l'autre de ces incidents passés inaperçus, qu'il est ensuite pratiquement impossible de retrouver par l'anamnèse.

SIGNES CLINIQUES DU SYNDROME DE MASTERS ET ALLEN

La symptomatologie comporte différents points majeurs comme les douleurs, la dyspareunie, la dysménorrhée et les signes généraux et psychiques et d'autres éléments plus inconstants que l'on hésite à rattacher à l'affection causale et qui sont les métrorragies et les signes urinaires.

Le syndrome algique

Les douleurs spontanées sont constamment retrouvées et affectent quelques types principaux :

- douleurs pelviennes profondes, irradiant vers la région anale et crurale,
- douleurs lombo-sacrées à irradiations basses postérieures vers les membres inférieurs,
- douleurs sus-pubiennes à type de tiraillements ou douleurs de l'une ou des deux fosses iliaques à irradiation périnéale.

Le caractère commun de ces types fréquemment rencontrés est leur survenue ou leur aggravation en position orthostatique, par les secousses, la marche, le port de hauts talons et l'effet insuffisant de décubitus, parfois ventral. Aussi la malade souffre-t-elle parfois dès le matin au réveil.

Autre caractère commun : la responsabilité fréquemment attribuée à un accouchement et s'il s'agit d'une multipare, au dernier accouchement. Ainsi, cet élément chronologique est net dans 10 observations où les femmes ont nettement situé le début de leurs troubles. Dans 8 cas, par contre, le début des douleurs a paru récent (3 mois) et sans rapport de temps direct avec l'accouchement.

En outre, un trait particulier à ce syndrome est l'importance que prennent ces douleurs dans la vie des malades et le retentissement psychique indéniable qu'elles comportent.

La dyspareunie

La dyspareunie représente le deuxième maillon de cette chaîne symptomatique et peut-être le plus typique.

Il s'agit d'une dyspareunie profonde, réveillant ou exagérant les douleurs précédemment décrites, et laissant un endolorissement pelvien diffus, persistant 2 - 3 heures après les rapports, voire 1 à 2 jours après.

C'est ainsi qu'une dyspareunie importante a été alléguée spontanément par 23 de nos malades et a entraîné une frigidité raisonnée dans 4 cas seulement.

La dysménorrhée

Elle mérite une place à part, car si elle est fréquente habituellement en dehors de ce syndrome, elle est particulièrement importante ici. Souvent maxima aux deux premiers jours des règles, elle a été retrouvée chez 12 malades.

La douleur présentée à ce moment est souvent rapprochée par les malades de la douleur qu'elles présentent entre les règles ; notons encore que le traitement améliore parfois cette dysménorrhée, mais assez souvent de manière incomplète.

Les signes mineurs

- Les métrorragies :

Elles sont retrouvées chez 6 de nos malades.

Dans un cas, il s'agissait de ménorragies et dans 2 cas de saignements provoqués.

- Les troubles urinaires :

Ces troubles sont pratiquement toujours associés à un prolapsus

Antécédents

- L'âge.

L'âge moyen des malades est de 32 ans pour nos 40 observations.

Les antécédents obstétricaux

Sur 38 cas précis, la primiparité est retrouvée 5 fois seulement ; une de ces 5 malades ayant eu un forceps, une autre ayant eu des fausses couches.

Par contre, la multiparité est retrouvée 35 fois, et sur ces 35 malades, 22 seulement ont eu des accouchements normaux, et encore, 14 d'entre elles ont eu 3 enfants et plus.

En ce qui concerne les 11 cas d'accouchements anormaux, on retrouve 6 malades ayant eu une fausse couche ou plusieurs, 3 malades ont eu un curetage. On note un forceps, une ventouse, un accouchement rapide à domicile, une césarienne itérative, un siège et un cas frais découvert lors d'une césarienne.

En résumé, 82 % des malades sont des multipares dont les 2/3 ont eu 3 enfants et plus;sur l'ensemble des malades, 37 % ont eu des accouchements anormaux.

PRIMIPARES		MULTIPARES		TOTAL
ACCOUCHEMENTS		ACCOUCHEMENTS		
normaux	anormaux	normaux	anormaux	
3	1 forceps 1 fausse couche	22	11	38
			fausses couches 6	6
			curetages 3	3
			forceps 1	1
			ventouse 1	1
			acc^{t} rapide 1	1
			césarienne 2	2
			siège 1	1
		mères de 2 enfants 8	mères de 2 enfants 4	12
		mères de 3 enfants 5	mères de 3 enfants 2	7
		mères de 4 enfants 2	mères de 4 enfants 2	4
		mères de 5 enfants 4	mères de 5 enfants 3	6
		mères de 6 enfants 2		2
		mères de 9 enfants 1		1

Signes d'Examen

Le caractère le plus surprenant de l'examen est l'extrême mobilité du col utérin. Celle-ci est retrouvée dans presque tous les cas. Attirable en tous sens, le col est véritablement libéré de ses amarres, col fou ou "universal joint cervix" des anglo-saxons, c'est sans doute le trait le plus évocateur et le plus constant de l'affection. Pour certains, il justifie à lui seul l'indication opératoire.

Un fait caractéristique également est le réveil des douleurs auxquelles la malade est habituée, par le toucher vaginal du col en arrière et au niveau du cul de sac postérieur.

Troisième signe d'examen : la rétroversion utérine mobile. Il s'agit d'un utérus également très mobilisable, dont la palpation est légèrement douloureuse, souvent un peu augmenté de volume et qui, s'il est facilement redressable, retombe immédiatement en arrière.

La rétroflexion est moins constante que les deux signes précédents et d'ailleurs moins évocatrice hormis sa mobilité. Elle se retrouve dans 25 cas, alors que 4 fois on trouve l'utérus en position intermédiaire et 11 fois en position antéfléchie, et le nombre de diagnostics de syndrome de MASTERS et ALLEN sur utérus antéfléchi ne cesse d'augmenter.

D'autres signes peuvent être notés dans un certain nombre de cas et ne relèvent pas uniquement de ce syndrome précis mais des délabrements périnéaux associés, c'est ainsi que dans 6 cas on notait la présence de cystocèle et de rectocèle associés.

D'ores et déjà, on peut dire que si dans tous les cas le diagnostic a été soupçonné, il a pu être affirmé chez 11 malades avec une quasi certitude par les seules données de l'anamnèse et du toucher, et ceci dans 5 cas où l'utérus n'était pas en rétroversion ; celle-ci n'apparaît donc pas comme un élément majeur et significatif du toucher vaginal.

Mais si ces données devaient comporter une part d'incertitude, l'usage de la coelioscopie permettrait l'affirmation du diagnostic et non plus seulement l'élimination d'autres affections susceptibles d'entraîner les mêmes symptomes.

La coelioscopie

Au cours du syndrome de MASTERS et ALLEN, 26 coelioscopies ont été pratiquées : 3 ont été infructueuses, une a indiqué la nécessité d'une laparotomie et 22 ont montré avec une grande précision les déchirures du ligament large.

Cet examen montre en premier lieu des signes de rétroversion, l'utérus est augmenté de volume, le fond en est congestif et de coloration irrégulière.

En soulevant le corps utérin par la canule placée dans le col, on ouvre le cul-de-sac de Douglas et à ce moment apparaissent des ectasies veineuses généralement importantes à la base du feuillet postérieur du ligament large, faisant une hernie à travers une fenêtre réelle ou sous un péritoine amiçi ; cet état doit être observé et recherché immédiatement, car une fois l'utérus en position haute, ces ectasies disparaissent rapidement.

Toujours à la base du ligament large, l'aspect usé du feuillet péritonéal postérieur est nettement décelable avec vision de la trame sous péritonéale, à plus forte raison on ne manque pas les fenestrations réelles, de même que la diminution ou la disparition des utérosacrés.

Enfin, un bilan complet de l'état de l'utérus et des annexes permet d'éliminer un certain nombre de diagnostics différentiels éventuels et note l'association fréquente d'une dystrophie ovarienne.

De cet examen, il relève que la coelioscopie doit être utilisée de manière orientée et il faut encore insister ici sur la nécessité de bien ouvrir le cul-de-sac de Douglas à cette fin.

Examens complémentaires

Le diagnostic posé, un certain nombre d'examens complémentaires restent nécessaires, outre le bilan biologique, à la recherche des lésions associées possibles :

Urographie intraveineuse, lavement baryté, mais peut-être surtout l'examen très soigneux du rachis dorso-lombaire et sacré, pour découvrir d'éventuelles déformations si souvent responsables de douleurs analogues à celles du syndrome de MASTERS et ALLEN et dont il convient de faire la part dans la genèse des troubles et même des lésions, les grandes fosses pelviennes facilitant la chute utérine vers l'arrière, pouvant par exemple s'expliquer par un sacrum très horizontal.

Un bilan psychologique peut s'imposer et ce verbe prend toute sa valeur chez certaines malades auxquelles il paraît difficile d'emblée de le refuser. Une enquête précise sur les conditions de vie, le métier, le surmenage physique éventuel, les bénéfices secondaires que la malade retire de sa situation (absentéisme, chantage sur le mari) doivent permettre de refuser un certain nombre d'interventions en particulier chez des névrosées ou celles-ci peuvent représenter l'épisode décompensateur.

Néanmoins, ces refus d'opérer sont rares, beaucoup plus rares que dans les autres troubles de la statique pelvienne et dans la plupart des cas, l'impression d'organicité des symptomes est telle que l'abstention serait difficile.

Aspect opératoire des lésions

Après laparotomie médiane sous ombilicale permettant une bonne visibilité et une exposition correcte, tout le petit bassin est explorable.

Organes en place

L'utérus apparaît le plus souvent en rétroversion, souvent augmenté de volume, congestionné, marbré, sa bascule est complète dans un Douglas béant.

- Les pédicules lombo-ovariens présentent souvent des varicocèles importants et ceux-ci ont été observés au cours de 15 interventions.

- Quant aux ligaments ronds, ils sont fréquemment grêles et allongés.

Utérus redressé

Les annexes sont prolabées dans le cul de sac de Douglas dont la profondeur est souvent remarquée, les trompes sont tuméfiées, congestives et les ovaires micropolykystiques.

En effet, si la fréquence du varicocèle est grande et constitue un bon signe anatomique, celle des ovaires micropolykystiques n'est pas moindre et elle a été retrouvée 15 fois également.

Les annexes étalées

Ce geste montre la présence de déchirures uni ou bilatérales de siège mésométrial (bilatérales dans 27 cas sur 40). La prédominance des lésions qu'elles soient uni ou bilatérale n'est pas significative. La prédominance droite est notée 6 fois, la prédominance gauche 5 fois pour les lésions bilatérales et pour les lésions unilatérales 6 fois à gauche et 7 fois à droite, donc une très légère prédominance à droite.

Par contre, ces lésions reconnaissent un certain nombre de types distincts qui peuvent d'ailleurs être associés sur un même ligament large.

Ainsi, ce peut être une déchirure verticale de la base, nette, exposant un réseau veineux dilaté, les deux bords du feutrage cellulaire sous péritonéal ayant disparu, rétractés de part et d'autre de la brèche.

Ailleurs, cette déchirure peut être non pas verticale, mais oblique, triangulaire à base pariétale, ou encore ovalaire à type de fenestration ou unique ou double, superposée.

Ces déchirures peuvent être minimes et multiples, le péritoine apparaissant criblé de petites perforations arrondies siégeant sur toute la face postérieure du ligament large.

Autre aspect, le type cicatriciel est également rencontré ; des cicatrices blanchâtres d'aspect stellaire ont été vues 2 fois.

Enfin, ces déchirures peuvent manquer, le péritoine apparaissant congestif ou amînçi, extrêmement faible, comme "usé au coude" et au travers, outre l'abondance de la circulation veineuse on observe la brèche du feuillet sous péritonéal qui est déchiré ou absent complètement. Il ne persiste alors qu'une fine membrane recouvrant un paquet de varicocèle siégeant en pleine face postérieure du ligament large.

La traction sur le rectum montre les utérosacrés grêles, éculés et ne dessinant plus leur saillie habituelle. Parfois ils sont déchirés et on ne retrouve qu'un mince filament se perdant sous le péritoine.

En outre et plus ou moins constamment, on peut rétrouver 10 à 20 cc de sérosité dans le fond du Douglas. Ce qui a été le cas dans 3 de nos observations.

Tableau des positions de l'utérus et des lésions associées

POSITION UTERINE		DECHIRURES			
Rétroversions	25	unilatérales	13	bilatérales	27
Antéversions	11	gauche	6	prédominance gauche	5
Intermédiaires	4	droite	7	droite	6
Lésions associées : cystocèle et rectocèle					6
ovaires micropolykystiques					15
varicocèles					15
fibromes					2

E T I O P A T H O G E N I E

ROLE DE LA GROSSESSE ET DES TRAUMATISMES OBSTETRICAUX

Rappelons que l'ensemble des multipares représente 82 % des malades dans nos observations, que dans cette catégorie les 2/3 ont eu 3 enfants et plus, alors que la primiparité n'est retrouvée que dans 1/8 des cas. Dans l'une ou l'autre catégorie, multipare ou primipare, le ¼ d'entre ces malades a eu un accouchement anormal comportant un traumatisme obstétrical net (accouchement rapide à domicile, forceps, ventouse, curetage).

Il faut mettre à part une observation particulière où la déchirure obstétricale du feuillet postérieur du ligament large a été observée au cours d'une césarienne, cas récent donc, constituent un argument solide à l'origine obstétricale des faits.

De plus, dans la mesure où on peut considérer que trois grossesses et davantage, représentent également un nombre de traumatismes non évidents mais répetés, on voit que la notion de traumatisme s'étend encore.

Néanmoins, il convient de remarquer que ces 40 cas ont été observés en deux ans, durée pendant laquelle 3774 malades ont été hospitalisées.

On voit donc que le traumatisme obstétrical est retrouvé dans le syndrome de MASTERS et ALLEN, mais que l'existence de ce syndrome demeure assez faible dans la population des multipares vues durant la même période. Ainsi certaines restrictions doivent être faites quant à l'acceptation de cette notion traumatique.

En premier lieu, l'étude de ces observations montre que bon nombre de malades ont présenté des douleurs très tardives par rapport au dernier accouchement (souvent plus de 5 ans après et même 12 ans et 16 ans).

En outre, certains accouchements paraissent avoir été rigoureusement normaux, et c'est par exemple le cas des 3 primipares de notre statistique, chez lesquelles manque la notion de traumatisme répété, mais encore de tout traumatisme.

Ces deux réflexions jointes à la constatation d'une rareté relative de ce syndrome (1,06 %) entrainent inévitablement la pensée d'une fragilité constitutionnelle particulière du ligament large chez certaines malades, voire d'une prédisposition telle qu'on la rencontre dans les hernies. Les cas des observations de brèches dites congénitales, un cas d'observation de brèche chez une vierge, dans la littérature vont dans le sens de cette interprétation des phénomènes.

Le syndrome algique

L'explication du syndrome algique et avec lui de la dyspareunie peut être attribuée à plusieurs phénomènes : la déchirure péritonéale elle même avec la déchirure des ligaments de MACKENRODT et utérosacrés sous jacents et le rôle de la stase veineuse.

L'extrême richesse en plexus nerveux du péritoine pelvien est admise communément. Qu'on la remarque au cours des manipulations opératoires du péritoine douglassien ou que l'on cite le "cri du Douglas". De plus les plexus hypogastriques inférieurs contribuent en partie avec les ligaments utérosacrés à soulever les replis sagittaux du Douglas. On imagine alors, que les incessants tiraillements provoqués par l'extrême mobilité de l'utérus, le relachement ou la rupture des utérosacrés entrainent un défaut vraisemblable de soutien de ces plexus nerveux, mais encore contribuent à leur étirement par des tractions répétées du fait de l'absence d'attaches postérieures du col et de l'isthme utérin.

Enfin, si la notion d'algie orthostatique semble devoir être retenue, on ne peut pas écarter la notion plus ancienne de congestion pelvienne. Ainsi que le suggèrent les descriptions opératoires, de gros utérus congestifs, marbrés avec varicocèles considérables ajoutant encore à l'importance des incitations douloureuses dûes à la seule mobilité utérine et aux délabrements ligamentaires.

La belle rigueur des constatations pré et post - opératoires de JOYEUX et COLLIN utilisant la phlébographie utérine, sur l'inversion du sens de la circulation veineuse qui devient uniquement lomboovarien et l'élévation très nette de cette pression veineuse est d'un appui très solide en ce sens.

T R A I T E M E N T

Une fois l'étude des lésions menée complètement, l'intervention consiste alors en une suture des brèches et une ligamentopexie de Doleris complète, dans la plupart des cas, la suture du ligament large.

Elle consiste en premier lieu à disséquer les berges de la brèche, afin de retrouver le plan sous péritonéal que l'on suture en premier.

Une lésion unilatérale impose toujours une vérification controlatérale soigneuse pouvant nécessiter l'ouverture du feuillet péritonéal controlatéral à la recherche d'un tissu sous péritonéal délabré et dilacéré.

On procède alors à une résection cunéiforme des ovaires lorsqu'ils sont microkystiques et fréquemment à une stérilisation par résection tubaire et enfouissement des moignons en raison de la grande multiparité.

Un cloisonnement du cul de sac vésico-utérin est parfois réalisé.

Enfin, on procède à une ligamentopexie de Doleris qui, schématiquement, se déroule ainsi.

A quelques centimètres au dessus du pubis et 1,5 centimètre de la ligne médiane on traverse au bistouri l'aponévrose, le muscle et le péritoine. A l'aide d'une anse de catgut passée sous chaque ligament rond, on attire celui-ci par le tunnel pariétal créé à gauche et à droite. L'anse de catgut est retirée, on ferme le péritoine et on suture la ligne blanche,

les deux ligaments ronds sont suturés l'un à l'autre et chacun d'entre eux est suturé à la gaine du muscle droit correspondant.

La ligamentopexie de Doleris est un geste complémentaire, maintenant l'antéversion assurée par la réfection du ligament large lui-même. Elle complète et maintient cette antéversion en respectant au maximum la physiologie utérine.

On sait que les critiques majeures qu'on puisse faire à cette technique sont les risques de "fossettes" péritonéales qu'elle entraîne, l'une médiane entre la paroi et l'utérus, les 2 autres latérales en avant des ligaments ronds. Ces fossettes représentant un danger d'incarcération éventuel d'une anse intestinale.

En fait, le seul inconvénient réel et qui est parfois constaté lorsqu'on réintervient chez une malade ayant subi cette intervention pour une autre cause, c'est le relachement, à la longue, des ligaments ronds particulièrement fragiles.

Par ailleurs, une ventrofixation de PELLANDA peut être préférable, ce qui a été le cas dans 4 de nos observations.

Evolution

Sur 24 cas significatifs, les autres malades ayant eu soit une hystérectomie, soit un traitement antalgique ou ayant été perdues de vue, on peut affirmer 20 réussites et 4 échecs, après un recul variant entre 2 et 18 mois.

L'amélioration portant essentiellement et parfois de manière spectaculaire sur la disparition des douleurs et principalement de la dyspareunie, une reprise de l'état général et quelques fois entraînant une correction saisissante des désordres psychiques.

Sur les 4 échecs, 2 cas sont ininterprétables en raison des tares psychologiques présentées par les malades, les 2 autres sont plus décevants, l'un comportant à la fois une récidive des troubles subjectifs mais également un défaut de fixation utérine, ce cas avait été traité par ventrofixation de PELLANDA.

En ce qui concerne l'apparente prédominance des succès opératoires, il convient d'être prudent dans la mesure ou une stérilisation a été pratiquée dans près de la moitié des cas en raison de la grande multiparité, le confort psychologique donné ainsi à ces malades, jouant probablement un rôle non négligeable dans la disparition de leurs plaintes fonctionnelles.

Dans les autres cas, l'amélioration semble pouvoir être acceptée sans trop de réserves, le caractère phsyiologique de l'intervention de Doleris se vérifiant au moins une fois chez une de nos malades présentant actuellement une grossesse normale après intervention pour déchirure du ligament large.

CONCLUSIONS GENERALES :

1° 40 observations de syndrome de déchirure du ligament large ou de Masters et Allen ont été relevées en 2 ans durant 1965-1966, années pendant lesquelles 3 774 malades ont été hospitalisées dans les mêmes services, ce qui représente une fréquenne absolue de 1,06 % des affections gynécologiques nécessitant une hospitalisation, le syndrome de Masters et Allen ne peut donc pas être considéré comme une rareté.

2° Les signes cliniques suffisant pour porter le diagnostic du syndrome sont :

- le syndrome algique comportant douleurs hypogastriques, dyspareunie et dysménorrhée.
- l'importance des troubles psychoaffectifs.
- le col très mobile avec rétroversion utérine mobilisable, le premier signe l'emportant si la rétroversion fait place à l'antéversion au toucher vaginal.

3° La coelioscopie n'est pas indispensable au diagnostic, mais elle le confirme dans tous les cas où la déchirure existe et permet également sa découverte fortuite; cependant elle doit être effectuée dans le but précis de découvrir la lésion caractéristique qui peut fort bien passer inaperçue lors d'une exploration endoscopique de routine.

4° L'étiopathogénie de ce syndrome est représentée essentiellement par la multiparité dans 82 % de nos cas et par des traumatismes obstétricaux divers dans 37 % de ces mêmes cas.

5° Le traitement de cette affection est chirurgical et consiste en une suture en deux plans du feuillet postérieur du ligament large, complétée par mesure de sécurité par une ligamentopexie selon Doléris.

6° Le problème de l'existence même du syndrome de Masters et Allen ne semble plus devoir se poser et il représente une affection bien individualisée exigeant un traitement chirurgical dont les résultats sont satisfaisants.

Vu
Strasbourg, le 4 juillet 1967

LE PRESIDENT DE THESE

signé : P. MULLER

Vu
Strasbourg, le 10 juillet 1967

LE DOYEN DE LA FACULTE
DE MEDECINE

signé : J. CLAVERT

Vu et permis d'imprimer
Strasbourg, le 11 juillet 1967

LE RECTEUR DE L'ACADEMIE
PRESIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITE

signé : M. BAYEN

OBSERVATIONS

FIS... Henriette - 37 ans - admise le 27.1.1965

Antécédents : PR à 14 ans - cycles réguliers de 28 jours - 1952, accouchement normal.

Dyspareunie : depuis 13 ans, date de l'accouchement, en augmentation.

Depuis 3 ans, douleurs maximales à l'intromission. Les rapports sont espacés.

Diagnostic : MASTERS et ALLEN

Examen: col long, permet la pulpe, très mobile. Utérus en rétroflexion, mobilisation douloureuse.

Coelioscopie : varicocèles para-utérins, une laparotomie exploratrice est conseillée.

Intervention : utérus en rétroversion, congestionné, marbré, légèrement augmenté ainsi que les trompes. Les pédicules montrent des varicocèles importants. Les ovaires sont micropolykystiques. Sérosité hématique dans le Douglas. Le ligament large gauche présente 2 déchirures ovalaires, près de l'isthme. Le reste du ligament large est criblé de petites perforations Le ligament large droit présente une déchirure transversale vers la paroi pelvienne qu'elle atteint. Le fascia sous péritonéal est distendu à gauche et à droite. Les ligaments utérosacrés ont disparu. Ouverture des 2 ligaments larges à la recherche du fascia distendu et méconnaissable. La suture du péritoine par 2 surjets, entraînant aussitôt le redressement de l'utérus qui reprend une position normale et la garde même si l'on appuie sur son fond. On complète par cloisonnement du cul de sac vésico-utérin et par un Doleris.

13.3.1965 :
Persistance de la dyspareunie d'introït. Au TV, l'utérus est en bonne position. Traitement par Lyndiol. Diverses vérifications montrent des améliorations et rechutes successives jusqu'au 29.12.1965 où l'amélioration est nette. Le status n'est pas modifié à cette date.

REL... Berthe - 26 ans - admise le 6.2.65

Antécédents : 1962, accouchement normal.
1963, accouchement normal.
1964, accouchement rapide à domicile.

Signes fonctionnels :
Depuis plusieurs mois, douleurs à la marche, aux secousses. Ménorragies.
Dyspareunie : psychisme très fruste.
Examen : Toucher vaginal, col fou. Rétroversion.
Coelioscopie : négative. Une épreuve du pessaire est négative.
Intervention :
Déchirure bilatérale des ligaments larges. Double ligature des trompes, résection sous séreuse avec enfouissement des moignons. Suture en deux plans des brèches du ligament large. Intervention de Doleris.
Evolution :
La malade, revue 4 mois puis un an après, allègue les mêmes douleurs. Le psychisme très fruste semble devoir être mis en cause, la simulation névrotique est prouvée.

DIE... Suzanne - 31 ans - admise le 2.2.65

Antécédents :
P.R. à 12 ans. Cycles réguliers. Dysménorrhée. 5 accouchements normaux, le dernier en 1964.
Signes fonctionnels : depuis le dernier accouchement, la malade présente des douleurs pelviennes de la pollakiurie et une incontience urinaire.
Dyspareunie : importante.
Examen :
Cystocèle avec délabrement périnéal. Col très irrégulier et mobile. Utérus en rétroversion, très mobile.

Intervention :

1. Colporraphie antérieure, amputation du col. Colpopérinéorraphie.
2. Laparotomie médiane sous ombilicale. Utérus en rétroversion, de couleur normale. Les trompes sont congestives, tuméfiées, les ovaires micropolykystiques. Après redressement utérin : le ligament large gauche montre un péritoine très amînçi et dilacéré, avec une large fossette triangulaire à base pelvienne allant de l'isthme à la paroi, nombreux varicocèles. A droite, le péritoine est criblé de petites déchirures. Le ligament utérosacré gauche est frêle, le droit est déchiré. On trouve 10 cc de sérosité dans le Douglas. On ouvre alors les 2 ligaments larges suturés en 2 plans à gauche par un surjet, à droite par bourse au niveau du plan fibreux. Opération de Doleris. Stérilisation par résection tubaire et enfouissement. Résection cunéïforme des 2 ovaires. Appendicectomie

Evolution :

Malade revue 2 mois après :

Il n'existe plus de douleurs abdominales.

Malade revue un an après :

Persistance de l'amélioration.

ALL... Philomène - 39 ans - admise le 15.11.65

Antécédents :

P.R. à 14 ans. Cycles de 26 jours. Dysménorrhée ancienne. 3 accouchements avec hémorragie de la délivrance pour le 2e. 1962, néphrectomie droite après traumatisme. 1963, curetage pour métrorragies et polypes.

Signes fonctionnels : Depuis 1963, douleurs lombosacrées gauches. Dyspareunie très importante et frigidité ancienne. Asthénique et dépressive.

Examen :

Toucher vaginal : utérus antéfléchi fixé à la paroi antérieure.
la palpation du cul de sac postérieur est très douloureuse et reproduit les douleurs habituelles.

Coelioscopie :

Utérus en position intermédiaire très mobile.
Liquide sérohématique dans le Douglas.
Varicocèle bilatéral, important à gauche.
Face postérieure du ligament large hyperémiée.
A gauche, le péritoine est aminçi et déchiré le long de l'utérus.
A droite, aspect semblable mais moindre.

Intervention :

Le status correspond à la description coelioscopique.
Stérilisation par ligature, résection sous séreuse et enfouissement des trompes.
A gauche, dissection des bords péritonéaux, puis suture verticale en 2 plans ; même procédé à droite, mais suture horizontale.
Doleris.

Evolution :

Amélioration post-opératoire de quelques mois,
Réapparition de douleurs lombo-sacrées et de la dyspareunie.
La malade est déprimée,
L'endométriose est soupçonnée.

SCH.... Caroline - 27 ans - admise le 13.3.1965

Antécédents :
P.R. à 13 ans. Cycles réguliers.
2 accouchements normaux en 1959 et 1964.

Signes fonctionnels :
Les deux dernières règles sont très abondantes et s'accompagnent de dysménorrhée.
Douleurs pelviennes.
Saignement aux rapports
Anémique : anémie sidéropénique à 2,8 millions, raison pour laquelle les médecins demandent un bilan gynécologique.

Examen :
Utérus en rétroversion facilement redressable mais retombe aussitôt.
Col très mobile, en avant.

Coelioscopie :
Utérus en rétroversion.
Ligaments utéro-sacrés inexistants à droite, très grêles à gauche.
Petite déchirure bilatérale du ligament large, vieilli, "usé au coude".

Evolution
Sort contre avis.

KRE.... Berthe - 36 ans - admise le 25.2.1965

Antécédents :
Hernie inguinale en 1942.
P.R. à 15 ans. Règles et cycles normaux.
3 accouchements normaux en 1955- 57-58.

Signes fonctionnels :
Depuis de nombreuses années douleurs lombosacrées.
Depuis quelques mois en augmentation avec pesanteurs pelviennes et incontinence urinaire à l'effort.

Examen :
Cystocèle muqueux
Utérus un peu gros, peu mobile.

Intervention :

1. Colporraphie antérieure.
   Colpopérinéorraphie.

2. Laparotomie médiane sous ombilicale :
   - le ligament large droit présente une déchirure du feuillet postérieur qui est suturé par 3 points au nylon zéro.
   - stérilisation.
   - Appendicectomie.

SEN... Jeanne - 35 ans - admise le 27.2.1965

Admission à terme.

Examen :

Le col est central, long, épais, perméable au doigt, présentation céphalique.

Evolution :

Quelques heures après l'admission, déclenchement après rupture spontanée de la poche des eaux.
A l'examen, dilatation à cinq francs, tête amorcée.
On procède alors à une césarienne segmentaire transversale, permettant d'extraire un enfant de 3000 grammes.
On constate alors une déchirure fraîche du feuillet postérieur du ligament large qui est suturé.

Evolution après traitement :
Un mois, puis un an et demi après, la malade ne présente aucune plainte.

VAX... Albertine - 28 ans - admise le 23.3.1965

Antécédents :

P.R. à 14 ans. Règles normales.
2 grossesses en 1956 et 1958 avec accouchements normaux.

Signes fonctionnels :

Depuis 3 mois, douleurs abdominales basses avec depuis une dizaine de jours, douleurs sus-pubiennes continues, bilatérales, à type de picotements ; métrorragies.

Examen :

Utérus un peu gros, mobile.
Col dur.
3 jours après, utérus un peu gros, mobile et douloureux.
Col très mobile et très gros.

Intervention :

Incision de PFANNENSTIEL.
Rétroversion utérine, légèrement fixée, facilement libérée.
2 petites déchirures bilatérales du ligament large, suturées au nylon.
Ligamentopexie de Doleris.
Fixation des ligaments ronds au muscle droit et à la paroi postérieure de l'aponévrose.

MAI... Denise - 43 ans - admise le 14.4.1965

Antécédents :
P.R. à 15 ans, tous les mois 5-6 jours.
4 accouchements normaux, 1947 - 1950 - 1952 - 1957.

Signes fonctionnels :
Depuis 3 mois, ménorragies très abondantes.
15 jours avant les règles, tiraillements abdominaux sus-pubiens.
La veille de l'admission, douleurs sus-pubiennes augmentées, type colique avec état nauséeux.
Malade très nerveuse.

Dyspareunie : très importante.

Examen :
Utérus en rétroversion, très mobile.
Tuméfaction latérale droite non fixée à l'utérus, taille noix.

Coelioscopie :
Appendicite sub-aiguë et syndrome de MASTERS et ALLEN.

Intervention :
Incision de PFANNENSTIEL. Appendicectomie.
L'utérus est rétroversé, absence de ligaments utérosacrés et aspect usé et congestif du feuillet postérieur du ligament large.
Stérilisation classique, ouverture du feuillet postérieur du ligament large et suture en 2 plans. L'utérus revient spontanément en antéversion.

Evolution :
Deux ans après, la malade ne présente plus aucune douleur, ni dysménorrhée, ni dyspareunie. La nervosité et l'irritabilité disparues dans les suites immédiates du traitement réapparaissent par suite de conflits familiaux.

ZEU... Marie - 25 ans - admise le 19.2.1965

Antécédents : 2 grossesses : 2 césariennes.
Signes fonctionnels :
Depuis quelques mois, douleurs vagues de la fosse iliaque droite, isolées. Phobie de la grossesse.

Examen :
Col long et fermé. Utérus antéfléchi fixé. Annexes droites : empâtement flou de présence d'adhérences.

Coelioscopie : impossible en raison de la présence d'adhérences importante une laparotomie exploratrice est conseillée.

Intervention :
Utérus dévié vers la droite. Existence d'une déchirure du ligament large droit. Par ailleurs seuls les deux feuillets péritonéaux sont palpables, mais pas le tissu de soutien.
Ouverture du ligament large en arrière et suture par une série de points de plicature du fascia sous séreux, suture du péritoine par points séparés.

GUI... Vivianne - 41 ans - admise le 15.5.1965

Antécédents :

P.R. à 13 ans. Règles douloureuses les deux premiers jours. 2 accouchements normaux en 1958 et en 1961, une fausse couche en octobre 1963.

Signes fonctionnels :

Depuis 6 mois, la malade présente des douleurs lombaires et annexielles gauches souvent déclenchées par les rapports. Les douleurs sont augmentées par l'orthostatisme.

Examen :
Utérus de taille normale, extrêmement mobile. Col également très mobile.

Diagnostic : MASTERS et ALLEN

Coelioscopie :
Confirme la déchirure du ligament large des 2 côtés.

Intervention :
Incision de PFANNENSTIEL. A droite puis à gauche, incision puis suture du feuillet postérieur du ligament large avec réfection de haut en bas en 2 plans. A la suite, l'utérus reste antéfléchi, on pratique néanmoins une ventrofixation de PELLANDA.

Evolution :

Le 2.12.65 : persistance des douleurs.
Le 8.08.66 : persistance des douleurs, la mobilité utérine est augmentée (relachement probable des ligaments ronds).

EBE... Lucie - 30 ans - admise le 14.9.1965

Antécédents :

P.R. à 13 ans. 2 accouchements normaux en 1962 et 1963. Irrégularité du cycle.

Signes fonctionnels :

Dyspareunie très importante avec petite hémorragie aux rapports. Douleurs de la fosse iliaque gauche, augmentées par la marche. Métrorragies.

Examen :

Col petit, très mobile. Utérus antéversé, antéfléchi. Cystocèle important, rectocèle modéré.

Coelioscopie :

Déchirure du ligament large avec varicocèle.

Intervention :

Utérus en rétroversion. Le feuillet postérieur du ligament large est mince, d'aspect éculé avec insuffisance des ligaments utérosacrés. Ouverture du feuillet postérieur du ligament large pour découvrir le feutrage sous péritonéal que l'on capitonne. Ensuite, le feuillet péritonéal est suturé par un surjet. L'utérus revient en antéversion stable. Ligamento-pexie de Doleris.

Evolution :

Un mois, puis 18 mois après intervention, aucune douleur.

TAR... Jacqueline - 29 ans - admise le 3.11.65

Antécédents :
P.R. à 14 ans. 2 accouchements normaux en 1962.

Signes fonctionnels :
Douleurs lombosacrées, augmentées par la marche. Dyspareunie. Leucorrhées abondantes. Amaigrissement de 10 kg.

Examen :
Rétroversion importante avec mobilité douloureuse, évoquant d'emblée le syndrome de MASTERS et ALLEN.

Coelioscopie : non confirmation.

Radiologie :
Sequelles de maladie de SCHEUERMANN dorsolombaire.
Les investigations psychiatriques montrent de gros problèmes et contre-indiquent l'intervention, néanmoins, devant l'organicité manifeste des symptomes on opte pour l'intervention.

Intervention:
Utérus en rétroversion prononcée, marbré. Déchirure importante du feuillet postérieur du ligament large droit, moindre à gauche. Varicocèles très importants et ovaires microkystiques. On suture le feuillet postérieur du ligament large à droite par surjet à gauche par points séparés, en 2 plans. On pratique une résection cunéïforme de l'ovaire droit, un cloisonnement vésico-utérin et du cul de sac de Douglas. Enfin, on termine par une ligamentopexie de PELLANDA.

Evolution :
10.12.1965 : Amélioration. Utérus bien fixé.

HIR... Eliane - 29 ans - admise le 10.12.1965

Antécédents :

P.R. à 10 ans. Cycles normaux. Règles douloureuses.

1958 : accouchement prématuré à 7 mois. Enfant mort-né. Néphropathie gravidique.

1960 : accouchement à terme.

1962 : fausse couche au 3e mois.

1963 : fausse couche au 4e mois.

1964 : fausse couche au 5e mois.

1965 : accouchement à terme, hypertension, albuminurie.

Signes fonctionnels :

Depuis le dernier accouchement, douleurs sus-pubiennes gauches et lombaires irradiant en ceinture.

Examen :

Col très mobile. Utérus relativement mobile, taille 6e semaine. Le diagnostic de déchirure du feuillet postérieur du ligament large est évoqué.

Coelioscopie :

Utérus en rétroversion. Sydrome de MASTERS et ALLEN, prédominant à gauche.

Intervention :

Utérus en position intermédiaire, augmenté, marbré. Présence de varicocèles bilatéraux ainsi qu'une vaste déchirure du ligament latéral gauche avec un aspect "usé au coude" à droite. Dissection et suture des brèches puis salpingectomie bilatérale. Plicature des ligaments ronds (le gauche se déchire lors de l'essai de Doleris). Cloisonnement du péritoine vésico-utérin.

Evolution : Amélioration spectaculaire des troubles subjectifs.

LIL... Elisabeth - 44 ans - admise le 22.7.1965

Antécédents :

Deux accouchements, le dernier en octobre 1960 avec ventouse obstétricale.

Signes fonctionnels :

Douleurs pelviennes continues isolées.

Examen :

Col lisse, utérus en antéflexion mobile latéralement de manière douloureuse.
Le diagnostic de syndrome de MASTERS et ALLEN est évoqué.

Coelioscopie :

Le feuillet postérieur du ligament large présente de nombreuses déchirures.

Examens complémentaires :

Urographie intraveineuse, rectoscopie et radiographie de la colonne sont normales.

Le traitement est symptomatique.

TER... Ginette - 29 ans - admise le 14.8.65 pour coelioscopie

Coelioscopie N° 450

Utérus de taille normale. Ligaments ronds frêles. Brides dans le Douglas. Syndrome de MASTERS et ALLEN bilatéral mais prédominant à gauche avec riche résau veineux.

Antécédents :

Un accouchement au forceps en 1959.

Signes fonctionnels :

Depuis 1962 : cycles irréguliers, douleurs pelviennes, dyspareunie à type de brulûres devenant intense et entraînant la frigidité avec suppression des rapports. Dysménorrhée. Etat nerveux catastrophique.
Toucher vaginal : col irrégulier et déchiré. Utérus antéfléchi.

Intervention :

suture des brèches. Intervention de Doleris.

Evolution :

2 mois, puis 18 mois après : persistance de douleurs vagues lombaires et fosse iliaque gauche.
Disparition de la dyspareunie.

GAN... Frieda - 32 ans - admise le 25.12.65

Antécédents :
P.R. à 13 ans. Bien réglée, cycles courts depuis 6 mois.
1 accouchement normal il y a 12 ans.

Signes fonctionnels :
Douleurs pelviennes continues.
Dysménorrhée.
Dyspareunie.
Leucorrhées.

Examen :
Col en arrière. Utérus en antéflexion assez gros.

Coelioscopie :
Utérus gros, taille 4e semaine.
Annexes gauches : hydrosalpinx.
Annexes droites : hydrosalpinx.
Déchirure du feuillet postérieur des 2 ligaments larges, mais surtout à gauche, sans rétroversion.
Ligaments utérosacrés épais des deux côtés.
Endométriose du ligament utérosacré droit.

Traitement :
Symptomatique associé aux progestatifs.

WAG... Denise - 33 ans - admise le 30.11.65

Antécédents :
P.R. à 14 ans, cycles irréguliers.
6 accouchements normaux.
Fixation antérieure des ligaments ronds à la paroi il y a 5 ans.

Signes fonctionnels :
Consulte pour ectropion et désir de stérilisation. Douleurs pelviennes.

Examen :
Col bien fermé.
Utérus antéfléchi, gros, dévié à droite.

Intervention :
Les ligaments ronds ne sont plus fixés.
Les trompes sont congestionnées et tuméfiées.
Le feuillet postérieur du ligament latéral gauche présente une déchirure avec plusieurs fenêtres et issue de varicocèles importants. A droite, il paraît "usé au coude" et présente des varicocèles.
On suture les deux ligaments larges et on procède à une salpingectomie bilatérale.

Evolution :

9 mois après : plus de douleurs.

RIT... Jeannine - admise le 17.12.65 pour ceolioscopie

Antécédents :
Deux accouchements normaux en 1962.
Colite, diarrhées.

Signes fonctionnels :
Depuis le 2e accouchement, douleurs lombaires et dyspareunie.
Dysménorrhée intense.

Examen :
Utérus en rétroversion mobile.

Coelioscopie :
Utérus en rétroversion, mobile de taille et de coloration normales.
Les trompes sont congestives, les ovaires présentent une surface irrégulière.
Le feuillet postérieur du ligament large présente quelques cicatrices étoilées discrètes.
Les ligaments utérosacrés sont faibles.

DAU... Pierrette - 28 ans - admise le 3.2.66 pourcoelioscopie.

Antécédents : 2 accouchements normaux.

Signes fonctionnels :
Dyspareunie épisodique datant du 1er accouchement en 1958.

Examen :
TV : utérus en rétroversion non redressable.

Coelioscopie :
Elle est proposée en raison de douleurs pelviennes avec rétroversion mobile douloureuse. Cet examen confirme la suspiçion de syndrome de MASTERS et ALLEN.

Intervention :
Utérus en rétroversion, congestionné, marbré, taille normale. L'ovaire droit est kystique.
Des deux côtés, sur la face postérieure du ligament large, à partir de l'isthme et jusqu'à la paroi, il ne persiste qu'une fine membrane recouvrant un paquet de varicocèles importants.
Les ligaments utérosacrés sont déchirés.
Il existe une sérosité dans le Douglas, représentant 20 cc environ.
On ouvre alors les ligaments larges que l'on suture en deux plans, plan du tissu cellulofibreux et plan péritonéal par points séparés.
L'utérus reprend sa position normale et on complète par une plicature antérieure des ligaments ronds qui sont puissants.
Résection du kyste de l'ovaire droit. Drainage aspiratif.

Evolution : 2 mois après : aucune douleur, amélioration de l'état général.
5 mois après : une fausse couche.
Actuellement : enceinte au 6e mois, en très bon état.

SCH... Berthe - 25 ans - admise le 1.2.66

Antécédents :
5 grossesses.
Dernier accouchement le 24.12.65.
Métrorragies de suites de couches.

Signes fonctionnels :
Douleurs et dyspareunie.

Examen :
Rétroversion utérine mobile.
Ovaire droit kystique.
Ectropion.

Intervention :
Déchirure bilatérale des ligaments larges.
Incision et suture en deux plans des ligaments larges.
Stérilisation par salpingectomie.

Evolution :
2 mois après : aucune douleur.
8 mois après : aucune douleur.

ERB... Germaine - 27 ans - admise le 7.3.66

Antécédents :

P.R. à 16 ans. Cycles de 28 jours. Règles pendant 5 jours.
2 accouchements : 1958 : siège
1963 : accouchement normal.

Signes fonctionnels :

Douleurs chroniques des deux fosses iliaques droites et de la région lombaire, calmées par le repos.
Dyspareunie profonde depuis le dernier accouchement. Dysménorrhée secondaire, anaphrodisie.

Examen :
Utérus en rétroversion. Volume lègèrement augmenté, le redressement en est douloureux.
La mobilisation du col est douloureuse.

Intervention :
Utérus en rétroversion-flexion avec adhérences et aspect irritatif du péritoine postérieur.
Brèches du ligament large d'aspect ancien et cicatriciel, que l'on ouvre et suture en deux plans par points séparés.
Antéplicature des ligaments ronds.

Evolution :
Un mois après : disparition de la dyspareunie.
Quelques douleurs pelviennes, mobilisation utérine indolore.
Huit mois après : peu de modifications, la mobilisation utérine est un peu sensible.

TOR... Françoise - 34 ans - admise le 15.3.66

Antécédents :
P.R. à 14 ans.
3 accouchements normaux en 1956 - 1958 - 1965.
1 fausse couche en 1962 avec curetage.

Signes fonctionnels :
Prolapsus connu depuis le mois de novembre 1965, date du dernier accouchement.
Douleurs lombaires et pelviennes accentuées par le travail.
Incontinence à l effort.

Examen : col fermé, utérus antéfléchi, petit, annexes normales.

Examens complémentaires :
Colonne lombaire : sequelles de maladie de SCHEUERMANN.
Pincement du disque D6-D7.
Sigmoïdite au lavement baryté.

Intervention :
1. Colporraphie antérieure. Colpopérinéorraphie postérieure.
2. Laparotomie médiane sous ombilicale :
   - présence d'un syndrome de MASTERS et ALLEN bilatéral.
   - salpingectomie bilatérale.
   - Doleris.
   - Redon sous cutané.

Suites normales.

KIR.... Claire - 39 ans - admise le 29.3.66

Antécédents :

P.R. à 15 ans.

3 accouchements normaux, le dernier il y a 7 ans.

Signes fonctionnels :

Cystocèle et rectocèle connus.

Douleurs pelviennes, augmentées par l'orthostatisme.

Dyspareunie irrégulière.

Dysménorrhée continuelle.

Examen :

Col mobile. Utérus en rétroversion mobile.

Intervention :

1. Colpopérinéorraphie antérieure. Amputation du col.
2. Temps abdominal :
   - utérus légèrement augmenté.
   - déchirures du feuillet postérieur du ligament large ; à droite vaste déchirure losangique para-isthmique. A gauche, le péritoine est criblé de trous étagés.
   - Incision horizontale et suture verticale du ligament large en 2 plans.
   - Résection cunéiforme des 2 ovaires micropolykystiques.
   - Salpingectomie bilatérale en raison du désir de stérilisation.
   - Doleris.

Evolution :

8 mois après : vagues douleurs pelviennes à l'effort ; plus de dyspareunie ni de dysménorrhée.

JUN.... Hélène - 45 ans - admise le 10.4.66

Antécédents :
P.R. à 14 ans, cycle de 30 jours, règles de 8 jours.
Il y a 18 ans, accouchement normal.
Il y a 16 ans, accouchement normal.

Signes fonctionnels :
Depuis 4 ans, douleurs intermittentes périrectales avec irradiation sacrée.
Douleurs pelviennes bilatérales avec irradiation crurale postérieure jusqu'aux creux poplités, augmentées en période prémenstruelle et par la défécation.

Examen :
Rétroversion mobile de l'utérus, la mobilisation est douloureuse.
Col normal, on sent les utérosacrés.

Coelioscopie :
Endométriose de la face postérieure de l'utérus, petite déchirure du feuillet postérieur du ligament large droit.
Ligaments utérosacrés gros et raccourcis.

Traitement : Médications symptomatiques et métrodiol.

Suite :
Un an après, diminution des douleurs spontanées, mais persistance des douleurs des ligaments utérosacrés qui sont encore fortement infiltrés.

QUI... Andrée - 40 ans - admise le 25.4.66

Antécédents :
3 accouchements normaux, le dernier il y a 12 ans.

Signes fonctionnels :
Douleurs pelviennes.
Rétroversion douloureuse non redressable antérieurement connue, pour laquelle de nombreux traitements médicaux ont échoué.

Examen :
Col mobile.
Rétroversion douloureuse.
Effondrement périnéal avec petit prolapsus.
Sphincter anal déchiré.
Le diagnostic de syndrome de MASTERS et ALLEN est évoqué.

Intervention :
1. Colporraphie antérieure. Colpopérinéorraphie.
2. Suture des brèches du ligament large. Salpingectomie bilatérale.
   Doleris.
   Résection cunéiforme de l'ovaire gauche.

Evolution :
Satisfaisante, disparition de l'asthénie.

KIE.... Madeleine - 36 ans - admise le 5.5.66

Antécédents :

P.R. à 15 ans.

9 grossesses, la dernière en 1965.

Signes fonctionnels :

Incontinence urinaire depuis octobre 1965.

Dysurie.

Lombalgie depuis 1964.

Dyspareunie.

Examen :

Cystocèle et rectocèle.

Utérus petit, effondrement périnéal.

Annexes droites sensibles.

Intervention :

1. Colporraphie antérieure et colpopérinéorraphie postérieure. Cure hémorroïdaire.
2. Salpingectomie bilatérale :
   - déchirure du feuillet postérieur du ligament large droit que l'on suture verticalement en deux plans.
   - cloisonnement du cul de sac de Douglas très profond par une bourse prenant les parois latérales du Douglas, la face postérieure de l'utérus en avant et une bandelette prérectale.
   - les deux ligaments utérosacrés sont rapprochés par un point en X et par deux points prenant en arrière la bandelette prérectale, le ligament utérosacré et en avant la face antérieure de l'utérus.

   Ligamentopexie de Doleris.

Evolution : 1 mois après, quelques douleurs persistent ainsi que l'incontinence.

ENG.... Marie Thérèse - 33 ans - admise le 17.6.66

Antécédents :
P.R. à 14 ans.
6 accouchement normaux de 1953 à 1964.

Signes fonctionnels :
Cycles irréguliers depuis le dernier accouchement.
Douleurs lombaires.
Dysménorrhée intense.

Examen :
Col mobile.
Utérus gros, en position intermédiaire.
Suspiçion du syndrome de MASTERS et ALLEN.

Coelioscopie :
Ligament large gauche : deux fenêtres ovales superposées du feuillet péritonéal postérieur.
Ligament large droit : aspect "usé au coude".
Ligaments utérosacrés : normaux.
Un peu de sérosité dans le Douglas.

Intervention :
Même aspect qu'à la coelioscopie, sauf que les ligaments utérosacrés paraissent très grêles.
Ouverture du ligament large suturé en 2 plans. Stérilisation par salpingectomie. Ventrofixation après scarification de la paroi antérieure de l'utérus et cloisonnement du cul de sac vésico-utérin.
Evolution : Dysménorrhée disparue. Cycles réguliers.

HAA... Monique - 24 ans - admise le 11.7.66

Antécédents :

P.R. à 14 ans.

5 grossesses normales.

Signes fonctionnels :

Douleurs pelviennes bilatérales, augmentées par l'orthostatisme.

Douleurs lombaires, dyspareunie.

Examen :

Col mobile.

Utérus en rétroversion mobile douloureuse.

Intervention :

Utérus rétrofléchi, marbré, ovaires kystiques bilatéraux.

Ligament large gauche : péritoine déchiré en étoile avec quelques orifices et varicocèles s'étendant au milieu du ligament large.

Incision et suture du ligament large en deux plans.

L'utérus reprend sa position normale et une coloration rosée.

Salpingectomie bilatérale.

Résection cunéïforme des 2 ovaires et appendicectomie.

DIE... Gabrielle - 25 ans - admise le 1.8.66

Antécédents :
P.R. à 15 ans.
4 accouchements normaux, le dernier en 1965.

Signes fonctionnels :
Douleurs lombaires et des fosses iliaques après le lever.
Dyspareunie.
Incontinence urinaire.
Leucorrhées.

Examen :
Utérus, petit antéfléchi, douloureux à la mobilisation.
Cystocèle, rectocèle.

Coelioscopie :
Syndrome de Masters et ALLEN.

Intervention :
Déchirure du feuillet postérieur du ligament latéral gauche avec varicocèles importants.
Ovaires polykystiques.
Résection cunéïforme des 2 ovaires, suture de la déchirure, salpingectomie bilatérale et plicature antérieure des ligaments ronds.

DUR... **Hélène** - 29 ans - admise le 12.9.66

Antécédents :
P.R. à 12 ans, bien réglée.
5 accouchements avec 2 fausses couches et curetages.

Signes fonctionnels :
Douleurs pelviennes irradiant vers les cuisses et les lombes.
Dyspareunie profonde.
Dépression traitée et suivie en psychiatrie.

Examen :
Col fermé.
Utérus en rétroversion flexion très mobile.
On fait le diagnostic de syndrome de MASTERS et ALLEN.

Intervention :
Déchirure du feuillet postérieur du ligament large.gauche avec nombreux varicocèles.
Stérilisation par salpingectomie.
Ouverture et suture du feuillet postérieur du ligament large.
Ventrofixation selon PELLANDA.

Evolution :
Un mois après, suites bonnes, utérus fortement antéfléchi.

OTT... Anne Marie - 27 ans - admise le 17.10.66

Antécédents :

P.R. à 13 ans. Cycles de 30 jours

5 accouchements normaux, une fausse couche en 1964.

Signes fonctionnels :

Gêne douloureuse à la marche depuis 3 mois.

Douleurs pelviennes continues.

Pollakiurie.

Dyspareunie profonde importante, dysménorrhée secondaire.

Baisse de l'état général.

Examen :

Utérus en rétroversion facilement redressable.

Cystocèle.

Le diagnostic de syndrome de MASTERS et ALLEN est posé.

Intervention :

1. Colporraphie antérieure, colpopérinéorraphie avec myorraphie des releveurs veurs.

2. Temps abdominal :

   - utérus en rétroversion très mobile, ovaires microkystiques.
   - péritoine postérieur du ligament large éculé à droite.
   - salpingectomie droite, suture du ligament large à droite.
   - résection ligature de la trompe gauche.
   - antéplicature des ligaments ronds.

Evolution :

2 mois après : grosse amélioration, utérus antéfléchi.

DOR... Clémence - 19 ans - admise le 17.11.66

Antécédents :
1 accouchement en mars 1965.
D.R. il y a 3 mois.

Signes fonctionnels :
Utérus très petit.
Col long congestionné.
Métrorragies abondantes venant du col.

Curetage avec examen sous anesthésie générale montrant une petite masse latérale droite.

Coelioscopie :
Utérus et trompes normales
Ovaires microkystiques.
MASTERS et ALLEN débutant à droite.

MUL... Sonia - 30 ans - admise le 11.3.1966

Antécédents :
4 accouchements normaux.
2 fausses couches avec curetage.

Signes fonctionnels :
Admise pour avortement au 2e mois.
L'utérus est en rétroflexion mobilisable.
Il existe une perforation du paramètre gauche.
Une coelioscopie est prévue après la sortie de la malade.

Coelioscopie : Le 19.7.66
Utérus en position intermédiaire mobile.
Ovaires gros et congestifs, endométriose péritonéale.
Déchirure du feuillet postérieur du ligament large gauche près de l'isthme avec varicocèle.
Ligaments utérosacrés saillants.

Traitement de l'endométriose.

SCH... 30 ans - admise le 18.6.66

Antécédents :
2 accouchements normaux.
Cycles irréguliers.

Signes fonctionnels :
Depuis le 1er accouchement dysménorrhée et
Dyspareunie profonde.

Examen :
Utérus de taille normale en rétroversion facilement redressable mais de manière douloureuse.
Col irrégulier.

Coelioscopie :
Utérus porteur d'un petit fibrome sur la corne gauche.
Les utérosacrés sont très grêles.
Il existe une fenêtre dans le feuillet postérieur du ligament large à gauche et à droite.
Ovaires polymicrokystiques.

Traitement symptomatique.

DIS... Pia - 34 ans - admise le 21.10.66

Antécédents :
3 accouchements normaux.
Admise pour douleurs et dysménorrhée.
Syndrome prémenstruel.
Dyspareunie.
Hypoménorrhée.

Coelioscopie :
Utérus antéfléchi, gros, mobile, congestionné.
Déchirure du feuillet péritonéal postérieur du ligament large droit avec varicocèles.
A gauche, le feuillet sous péritonéal est déchiré.
Les ligaments utérosacrés sont très laches et présentent une endométriose.

Traitement :
Hystérectomie et douglassectomie.

Evolution :
Revue 3 mois après : disparition des douleurs.

KNI... Yvonne - 40 ans - admise le 29.11.66

Antécédents :

3 grossesses normales.

Signes fonctionnels :

Métrorragies, douleurs pelviennes.

Il existe un prolapsus connu ainsi qu'un fibrome utérin.

Examen :

L'utérus est antéfléchi et gros.

Prolapsus vaginal.

Coelioscopie :

Ovaires kystiques avec adhérences à droite.

Fenestration du ligament large gauche.

Intervention :

Hystérectomie totale, résection cunéïforme des ovaires.

Colporraphie et colpopérinéorraphie.

ERD... Heida - 24 ans - admise le 5.7.66

Admise pour coelioscopie, en raison de douleurs pelviennes et troubles menstruels divers.

Coelioscopie :
Utérus en rétroflexion, qu'on redresse facilement. Nombreuses brèches et sacculations du feuillet -péritonéal du ligament large. Les utéro-sacrés sont éculés.

MEY... Jeanne - 35 ans - admise le 15.8.66

Antécédents : 5 accouchements normaux, le dernier en 1961.

Signes fonctionnels : Depuis trois ans, cycles irréguliers et règles diminuées. Douleurs pelviennes. Gros troubles psychiques d'origine conflictuelle. Un traitement médical durant 3 mois a été inopérant.

Examen : Col normal. Utérus en rétroflexion, fixée douloureuse.

Coelioscopie : Brides allant de la face postérieure de l'isthme au péritoine pariétal.
En raison de l'importance des troubles, on opte pour une hystérectomie.

Intervention :
Utérus marbré, congestif, en rétroversion.
Le ligament large droit montre une zone très déchirée avec
à sa face postérieure un varicocèle sous-jacent.
A gauche, déchirure étoilée, l'ovaire est kystique.
Hystérectomie totale sans les annexes.

BAU.... Colette - 37 ans - admise le 18.8.66

Antécédents :
Un accouchement normal en 1959.
Une fausse couche en 1957-1958-1961 et un curetage en 1964.

Signes fonctionnels :
Douleurs pelviennes et lombaires.
Oligoménorrhée.
Dyspareunie très importante.

Examen :
Utérus petit, en position intermédiaire, très mobile.
Gros ectropion que l'on électrocoagule, obtenant une amélioration passagère des troubles.

Coelioscopie :
Rendue nécessaire par la récidive des plaintes fonctionnelles.
Montre un utérus très mobile avec une face postérieure du ligament large d'aspect usé avec veines sinueuses et saillantes.
Ovaires micropolykystiques.
Diagnostic : MASTERS et ALLEN.

Traitement :
Suture des brèches et Doleris.

Evolution :
Résultats excellents à distance.

B I B L I O G R A P H I E

ARAN — Leçons cliniques sur les maladies des organes génitaux de la femme. 1858.

BERTRAND P. - BLANCHARD R. - DUBREUIL-FILLMANN Y. Syndrome de déchirure du ligament large. Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. Juil-spt. 1961, 13, 4, 451-454.

BRET A. et col. Exclusion du cul de sac de Douglas dans le traitement des rétroversions douloureuses de l'utérus. Rev. Franc. Gynec. Obst. Juil-août 1965, 60, 489-507.

CONDAMIN — Généralités sur la douglassite. Lyon méd. 1926, 39, 347-356

COTTE G. - PEZDITCH D. La varicocèle pelvien. Gynec. et Obst. 1923, 7,3.

COTTE G. — Les plexalgies hypogastriques. Lyon méd. 1930, 237, 243.

FRADIN J. & col. Indications chirurgicales et modalités opératoires. Les rétrodéviations utérines. Gaz. Med. France 1966, 73, 759-77

FUNCK-BRENTANO P. La névralgie pelvienne féminine. Gynec. et Obst. 1956, 55, 4, 341-356

GAUTHIER-BENOIT Cl. - DUQUENNOY Syndrome de MASTERS et ALLEN. Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. Juin-août 1964, 16, 3, 278.

GREGOIRE et OBERLIN : Précis d'Anatomie.

MOULNE P. &Col. Les formes hémorragiques du syndrome de MASTERS et ALLEN. Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. Nov-déc. 1964, 16, 5, 611

HUGUIER, JAMAIN, BRET, MUSSET, LANVIN, CERBONNET, LETESSIER
Statique pelvienne. Table ronde des entretiens de BICHAT.
Rev. Franc. de Gyn. et obst. 1965, 5, 349

JOYEUX R. et COLLIN R.
Troubles statiques utérins avec dystrophie ovarienne dans le post-partum. A propos du syndrome de MASTERS et ALLEN. Le rôle de la stase veineuse.
Ann. Clin. (suppl. Sem. Hôp. Paris) , nov 1963, 17, 23, 245, 1475-1482

KELLER B. La déchirure du ligament large.
Maternité 1965, N° 1-2

LAUTIER P. A propos du syndrome d'ALLEN et MASTERS.
Mem. Acad. Clin. 1961, 87, 1-2-3, 61-65

LOFFREDO V. Le syndrome de déchirure du ligament large.
Thèse, Paris, N° 9

MASTERS W.H. et ALLEN W.M.
Traumatic laceration of utérin support.
Amer. J. Obst. et Gynec. 1955, 70, 3, 500-513

MUCHIR P. A propos des troubles statiques utérins avec dystrophies ovarienne du post-partum.
Thèse, Montpellier 1961.

PALMER R. La coelioscopie dans le diagnostic des algies pelviennes.
Rev. Prat. 1959, 9, 22, 2375

PALMER R. et CAPLIER P.
Les indications de la coelioscopie et de la chirurgie dans les douleurs pelviennes.
Vie Méd. Mars. 1964, 45.

POULIGUEN J.C. Ligaments larges.
Suppl. Vie. Méd. Janvier 1965, 2, 138

ROBERT H.G. - MARGULIES-WINAVER D.
Les hernies de l'intestin à travers les brèches du ligament large.
Rev. Franc. Gyn. Obst. Nov-Déc. 1965, 17, 5, 449-451.

ROCHET Y. - MIKAELIS S.
Réflexions sur le syndrome de MASTERS et ALLEN. A propos de 13 cas.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. Nov-déc. 1965, 17, 5, 449-451

ROUX G. - BAUMEL
Les algies pelviennes essentielles.
Sem. Hôp. Paris 1961, 37, 14, 119-120

ROUVIERE Traité d'anatomie humaine.

SERMENT H. RUF M. - FELCE A.
A propos du syndrome d'ALLEN et MASTERS.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. Avril-mai 1962, 14, 2, 182-183

SERMENT H. - COMITI J. - PISSANCIEL G.
Le syndrome de désinsertion utérine.
Gynec. Obst. Avril-mai 1965, 64, 2,271-282

VARANGOT J. GRANJON A. CHARTIER M et LOFFREDO V.
Le syndrome de déchirure du ligament large.
Presse Méd. 6 juin 1959, 28, 1139-1141

VERNE J.M. - DELAGARDE P. et BANGALTER L.
Syndrome de MASTERS et ALLEN.
Mem. Acad. Chir. Juin 1959, 85,19, 20, 523-533.

- Table des Matières -

Pages

Introduction 1

Historique 3

Anatomie du ligament large et statique pelvienne . . 10

Signes cliniques du syndrome de Masters et Allen . . 17

Etiopathogénie 27

Rôle de la grossesse et des traumatismes obstétricaux 27

Traitement 30

Conclusions générales 33

Observations 35

Bibliographie 74